Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 66 — 12 Août 1896 — 7 FRANCS par An

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
et Départements. . . . . 7 fr.
ger. . . . . 10 fr.
bonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION
ES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

OIDITE OU FURONCLE DE L'OREILLE, A. BROCA. 397

IÈME CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE NCY 1896). — **Le pronostic des albuminu-**, par M. X. ARNOZAN. — **Pronostic des albu-uries**, par CH. TALAMON. 398

cussion et Communications diverses : In-ion et symétrie. Pathogénie des lésions bila-les, M. CHARRIN. — Note sur la sérumthéra-de la variole, M. A. BÉCLÈRE. — Microbes et cin, MM. BOUREAU et CHAUMIER. M. SAINT-YVES ARD. — Vaccine et lèpre, MM. AUCHÉ et CAR-E. — Immunisation et sérothérapie antista-ococciques, M. CAPMAN. M. DENYS. — Des ons de l'intestin étranglé ou engoué et du sage des microbes à travers ses parois, M. C. — La sérothérapie et la diphtérie à Mar-lle, M. D'ASTROS. — Des variétés de virulence bacille tuberculeux, M. L. DUBOIS. — De la infection pratique par le formol; action phy-logique de ce dernier, M. BOSC. — Nouveaux fectionnements apportés à la production à l'emploi de l'aldéhyde formique gazeux, A. BROCHET. — De la transmission du cancer main à l'animal. Sérothérapie du cancer, M. uis DUBOIS. — Traitement de la chorée par rsenic, M. COMBY. — De la polynévrite greffée une diathèse nerveuse, M. BERNHEIM. — Trou-s trophiques des dents d'origine hystérique, UL SOLLIER. — Hémiplégie et mutisme hystéri-es, M. FERRIER. — Hématémèses chez un neu-sthénique, M. E. AUSSET. — Étude graphique r le tremblement sénile, M. E. MEYER et PIERRE RISOT. 401

SOCIÉTÉS SAVANTES

démie de médecine : La peste et le sérum anti-teux, M. H. MONOD. — Hyperleucocytose post-phlébo-tomiques et post-révulsives, M. MAUREL. — Sur une observations de spina-bifida, M. BERGER. . . . . .

Société médicale des hôpitaux : Hémiatrophie linguale, M. BABINSKI. — Bacille d'Eberth dans les selles d'un malade atteint de tuberculose aiguë. Sérodiagnostic négatif, M. G.-H. LEMOINE. M. ACHARD. — Sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, M. CHANTEMESSE. CCCXX

Société anatomique : Considérations sur la forme et les moyens de fixité du côlon transverse, MM. MAUCLAIRE et MOUCHET CCCXX

Sociétés étrangères : Allemagne, Italie, Russie . . CCCXXI

ICHY-CÉLESTINS
ARABANA — *Purge et Guérit.*
HAMAMELIDINE LOGEAIS
A RÉVEILLE Véritable eau de régime des faibles et des convalescents.
ARRITZ / HERMES / SALINS — Sources chlorurées sodiques fortes, bromo-iodurées, à 24° de salure. Lymphatisme, Tuberculose ganglionnaire et osseuse. *Rachitisme. Mal. de l'enfance et de la femme.*

EVUE GÉNÉRALE DES SCIENCES **pures et ap-quées**, paraissant le 15 et le 30 de chaque mois, par fasci-s in-4, de 48 pages au moins, avec de nombreuses figures. *cteur* : LOUIS OLIVIER. — PRIX de l'abonnement annuel : Paris, r.; Départements, 22 fr.; Union postale, 25 fr. (GEORGES CARRÉ, teur, 3, rue Racine, Paris).

HOTO-GAZETTE. *Revue internationale illustrée de la photo-phie et des sciences et arts qui s'y rattachent.* Journal absolu-nt indépendant. *Rédacteur en chef* : G. MARESCHAL. Paraît par cules mensuels de 20 pages in-8° jésus, avec une illustration s texte. — Prix de l'abonnement annuel : Paris et Départe-nts, 7 fr.; Etranger, 8 fr. (GEORGES CARRÉ, éditeur, 3, rue cine, Paris).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

11 Août 1896.

La peste et le sérum antipesteux. — M. H. Monod. M. le consul de France, à Canton, confirme la dépêche qu'il avait adressée au ministre des affaires étrangères, lui annonçant que M. Yersin avait injecté le sérum antipesteux à un Chinois, gravement atteint de la peste, avec un succès absolu. Chez ce malade, M. Yersin fit trois injections de sérum, la première à 5 heures du soir, les deux autres à 6 et 9 heures.

Immédiatement après l'injection, le malade eut des vomissements.

Symptôme fréquent dans les cas de peste grave, à 7 h. 1/2 du soir la fièvre a augmenté et s'accompagne d'excitation, de coliques et de diarrhée, puis de délire.

A minuit, amélioration notable, le malade reprend connaissance, le sommeil est plus calme. A 3 heures du matin, amélioration considérable. Il y a moins de faiblesse et de fièvre; les vertiges ont cessé.

A 6 heures du matin, le malade se réveille avec toute sa connaissance; la fièvre est tombée; le bubon a diminué et n'est plus douloureux.

A 11 heures du matin, le malade est guéri; l'empâtement de l'aine droite a disparu, et il ne reste plus qu'un ou deux ganglions de la grosseur d'un haricot.

Deux jours plus tard, l'appétit et les forces reviennent, et, trois jours après, le malade peut sortir sans trop de fatigue.

Hyperleucocytoses post-phlébotomiques et post-révulsives. — M. Maurel. Il peut y avoir des hypo et des hyperleucocytoses réelles ou relatives; chacune d'elles peut être vraie ou apparente, passagère ou persistante. Si l'on suit l'évolution des leucocytes du sang, on voit que les diverses formes que présentent ces éléments ne sont que les phases successives de leur évolution.

Ces indications données, résumons rapidement nos expériences, relativement à la saignée :

1° Dès le lendemain de la saignée, il y a une hyperleucocytose réelle et cette hyperleucocytose se prolonge pendant plusieurs jours;

2° Il se pourrait que dans les affections microbiennes, cette augmentation des leucocytes rendît quelques services.

Relativement aux révulsifs (cautérisation ponctuée, moutarde, cantharides et ammoniaque):

1° Dans les quelques heures qui suivent leur application, il y a une hyperleucocytose, mais elle n'est qu'apparente. Ce sont seulement des leucocytes, qui au lieu de ramper le long de la paroi des vaisseaux, sont entraînés dans la partie circulante du sang.

2° Mais, vers le quatrième jour, leur application est suivie d'une hyperleucocytose vraie et réelle, et celle-ci est constituée par des leucocytes de nouvelle formation.

3° Il est possible que cette augmentation des leucocytes soit utile à l'organisme dans les affections microbiennes.

4° Ainsi serait peut-être justifiée l'usage séculaire, dans quelques-unes de ces affections, de la médication révulsive.

Sur une observation de spina-bifida (myélocystocèle). — M. Berger lit un rapport sur le travail présenté par **M. Kirmisson** sur ce sujet.

Il s'agit d'un enfant atteint de spina-bifida lombaire, constitué par une tumeur, dont le pédicule s'enfonce dans la direction du canal rachidien, sans qu'on puisse trouver, avec le stylet, de communication avec ce canal.

L'examen histologique a montré : 1° une poche dont la paroi interne lisse est revêtue par un épithélium qui se montre, suivant les points, pavimenteux ou cylindrique; 2° un pédicule contenant trois petits diverticules de la poche centrale, une masse présentant l'aspect et la structure d'une moelle d'enfant et entourée d'un grand nombre de filets nerveux.

Les caractères de l'épithélium des diverticules et le trajet du canal dans le pédicule démontrent que la cavité centrale du spina bifida représente une expansion du canal épendymaire.

L'interprétation anatomique de cette tumeur est difficile. Les spina-bifida auxquels participe la moelle se divisent en deux catégories ; les myélocèles et les myélocystocèles.

Ce n'est pas ici le tableau des myélocèles ordinaires, qui sont lombaires, ombiliquées, et à la poche desquelles la moelle adhère à sa terminaison.

Ici, ce n'était point un renflement de la terminaison de la moelle, mais une portion des cordons postérieurs.

Il existe aussi des myélocèles où la moelle ne pénètre que par un segment de son étendue. Ce n'est pas un myélocèle de cette sorte, car la moelle y eût été libre, et l'épithélium de l'arachnoïde tapisse la cavité de ces variétés de myélocèle; or, dans la tumeur de M. Kirmisson, l'épithélium a l'apparence épendymaire.

Cependant, la tumeur diffère aussi des myélocystocèles qui siègent en dehors de la ligne médiane, s'accompagnent de déformations vertébrales (malformations complexes, division des pubis, exstrophie de la vessie, épispadias) (Recklinghausen).

Malgré cela, le fait, que le kyste communiquait avec la cavité médullaire et était tapissé par le même épithélium épendymaire, doit nous faire admettre que la tumeur était un myélocystocèle.

Ici, toutes les suppositions avaient plaidé en faveur d'une méningocèle pure, et la nature de la tumeur n'a pu être reconnue qu'après un examen histologique. Il est donc impossible, cliniquement, de reconnaître la présence de la moelle dans une tumeur. D'ailleurs, le résultat opératoire prouve que les interventions sur la moelle n'offrent pas de danger immédiat. C'est ce que montre la statistique d'Hildebrand. Mais celle de Bayer prouve que ces interventions peuvent avoir des inconvénients graves, tardifs, tels que l'apparition d'une hydrocéphalie, d'une paralysie.

M. Kirmisson communique également un cas d'encéphalocèle qui se présentait, en apparence, avec les mêmes symptômes que la première tumeur. L'autopsie a montré que derrière la fontanelle postérieure il existait une bifidité de la faux du cerveau; entre les deux branches de

OBJETS DE PANSEMENT DESNOIX
Glycérophosphate de chaux Freyssinge.
BORICINE MEISSONNIER Antisepsie des muqueuses.

bifurcation existait un petit lobe cérébral communiquant par un canal avec la partie postérieure du ventricule latéral.

L'auteur pense qu'il s'agit là d'un fait d'exstrophie de la corne d'Ammon.

Nous croyons plutôt que la tumeur est bien un petit lobe central supplémentaire ainsi qu'on en voit quelquefois. C'est une hypertrophie des vésicules cérébrales primitives, s'accompagnant secondairement d'une absence de réunion des lames crâniennes. M. Labbé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

31 Juillet 1896.

(*Suite.*)

Hémiatrophie linguale. — M. Babinski présente une malade atteinte de paralysie de la langue du côté gauche consécutive à une lésion de l'hypoglosse d'origine traumatique qui remonte à plus de dix ans. L'articulation et la déglutition semblent normales; du reste, ni la malade ni les personnes de son entourage n'ont jamais soupçonné l'existence de la paralysie de la langue qui a été constatée, pour la première fois, à l'hôpital, sans que la malade, qui avait sollicité son admission pour une affection utérine, ait attiré l'attention du médecin de ce côté.

Les troubles fonctionnels portent sur les mouvements élémentaires de la langue; la propulsion, les mouvements de la pointe en haut et en bas, à gauche et à droite ne peuvent être aussi étendus qu'à l'état normal. Le côté gauche de la langue a un volume à peu près moitié moindre que le côté droit; il est irrégulier, présente à sa surface des saillies séparées par des dépressions; la contractilité faradique et la contractilité voltaïque sont notablement affaiblies du côté gauche.

Mais, voici le point que M. Babinski veut principalement faire ressortir: quand la pointe de la langue est portée hors de la cavité buccale, elle se dévie à gauche, c'est-à-dire du côté de la paralysie, conformément à ce qui a été bien souvent observé en pareil cas; lorsque la pointe de la langue se trouve dans la cavité buccale, derrière les arcades dentaires, la langue occupe une position approximativement médiane, si la bouche n'est que très légèrement entr'ouverte, mais, dès que la malade ouvre fortement la bouche, la pointe se dévie du côté droit, c'est-à-dire du côté sain et cette déviation devient très prononcée si la malade cherche à porter la langue en arrière.

M. Babinski a observé le même phénomène sur le lapin et sur le chien, après section expérimentale de l'hypoglosse et il présente un lapin sur lequel cette opération a été pratiquée; quand l'animal tire la langue, la pointe se porte du côté paralysé; au contraire, la pointe dévie du côté sain quand elle se trouve dans la cavité buccale, derrière les arcades dentaires.

Bacille d'Eberth dans les selles d'un malade atteint de tuberculose aiguë. Séro-diagnostic négatif. — M. G.-H. Lemoine (Val-de-Grâce) lit l'observation d'un homme atteint de tuberculose aiguë, dans les selles duquel fut trouvé le bacille d'Eberth, à un moment où le diagnostic était encore hésitant. L'épreuve du sérum, faite ensuite dans les conditions indiquées par M. Widal, ne donna lieu à aucun phénomène d'agglutination. L'autopsie démontra l'existence de foyers caséeux pulmonaires et d'une granulie généralisée. Les plaques de Peyer étaient complètement indemnes. Ce fait est à rapprocher de constatations semblables faites par MM. Remlinger et Schneider [1] dans les selles d'individus bien portants.

M. Achard. — Je puis apporter au fait clinique de M. Lemoine une confirmation expérimentale. J'ai fait ingérer à un cobaye, dans l'espace de cinq jours, neuf cultures de bacille d'Eberth sur gélose, et j'ai examiné son sérum, qui est resté dépourvu de toute propriété agglutinante. Comme la plupart des animaux auxquels on fait ingérer le bacille d'Eberth, ce cobaye ne paraissait éprouver aucun trouble. Les animaux de laboratoire se montrent d'ailleurs réfractaires à l'infection typhoïdique par ingestion, et je puis citer, à ce propos, quelques expériences que j'ai faites, il y a deux ans, en vue de développer, chez des lapins nouveaux-nés, l'infection typhoïdique par l'ingestion de bacille d'Eberth associé à divers microbes, suivant la méthode qui a permis à M. Metchnikoff de provoquer expérimentalement le choléra par la voie intestinale. Or, j'ai toujours échoué dans ces tentatives.

Quant à la propriété agglutinante du sérum, on peut la produire expérimentalement sans provoquer chez les animaux aucun trouble apparent de la santé. Au cours d'expériences que je poursuis sur ce sujet avec M. Bensaude, nous avons vu que cette propriété peut apparaître dans le sérum du cobaye quelques jours après une inoculation péritonéale de cultures peu virulentes de bacilles d'Eberth. Inversement, un animal peut succomber rapidement à l'inoculation intraveineuse ou sous-cutanée de bacilles d'Eberth, vivants ou morts, sans que son sérum possède la propriété agglutinante.

Sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. — M. Chantemesse. Les constatations faites depuis quelques mois à l'aide des nouvelles méthodes de recherche du bacille typhique et de diagnostic de la fièvre typhoïde apportent des éclaircissements précieux à l'étiologie de la dothiénentérie.

La formule: la fièvre typhoïde est créée par les déjections typhiques est aussi étroite que celle: le choléra est toujours importé de l'Inde. Les propositions précédentes comportent, sans doute, une grande part de vérité; elles reposent sur cette base solide que certaines races de bacilles d'Eberth ou de vibrions de Koch ont, plus que d'autres, lorsqu'elles ont pénétré dans l'intestin, le pouvoir de résister à la concurrence d'autres germes, d'envahir les organes profonds ou de faire une culture toxique et abondante. La puissance de certaines races microbiennes est telle, que beaucoup d'individus sont frappés et ainsi sont créées les grandes épidémies. A côté de ces races très virulentes et très toxiques, il en est beaucoup d'autres à qui des adjuvants sont indispensables pour créer la maladie. C'est, d'une part, la défaillance de la résistance organique fondée sur une multitude de facteurs: l'idiosyncrasie, la race, l'âge, la misère physiologique, la fatigue, l'encombrement, le refroidissement, les intoxications, etc., et, d'autre part, la présence, dans la cavité intestinale, de germes qui, bien loin de mettre obstacle à la pullulation du microbe spécifique, aident puissamment à sa vitalité et à son développement.

Nous ne connaissons pas les microbes adjuvants du bacille d'Eberth, mais nous connaissons, grâce à Metchnikoff, quelques-uns de ceux qui assurent le développement abondant du vibrion de Koch.

On conçoit que la nocivité d'une eau mauvaise ne dépende pas seulement du microbe spécifique qu'elle peut charrier, mais aussi des autres microbes qu'elle contient et qui assument, pour assurer ou pour empêcher le développement du germe spécifique, un rôle de premier ordre.

Il y a dix ans, j'ai constaté, avec M. Widal, dans l'eau du puits de Pierrefonds, la présence du bacille typhique pendant un mois. Avec les méthodes nouvelles, cette persistance du germe peut être observée beaucoup plus longtemps. Pendant la dernière épidémie de fièvre typhoïde à Dijon, M. Vaillard a trouvé, dans l'eau potable, le bacille d'Eberth pendant le cours de l'épidémie et longtemps après sa terminaison. Cette constatation est à rapprocher de celle de Sanarelli qui a isolé dans l'eau de Versailles, ville indemne de choléra, le vibrion cholérique.

On voit combien le problème, qui ne vise que la recherche d'un germe spécifique dans l'eau, est mal posé. Il faudrait, pour les éclaircissements nécessaires, que la solution fournie nous dise la valeur intrinsèque du germe trouvé, s'il est ou non doué de la virulence et de la toxicité qui font le génie épidémique, ou encore, s'il est accompagné de microbes qui vont décupler sa puissance ou l'annihiler.

Les constatations de ces derniers mois permettent, une fois de plus, de restituer au coli-bacille son véritable rôle d'agent d'association secondaire ou de complication dans la fièvre typhoïde, et de le dépouiller du travestissement spécifique qu'on avait voulu lui imposer.

La réaction, sur la culture du bacille d'Eberth, du sérum des convalescents et des malades atteints de fièvre typhoïde, est un moyen de contrôle précieux pour assurer le diagnostic et légitimer le caractère spécifique de la maladie. J'ai recherché cette réaction chez des malades fébricitants atteints d'érysipèle, de péritonites consécutives à l'appendicite, de pneumonie caséeuse, de grippe, d'orchite, de thyroïdite suppurée, etc.; elle a toujours fait défaut. Elle s'est montrée, au contraire, tout à fait nette, dans 11 cas de fièvre typhoïde, examinés du neuvième jour à la convalescence confirmée. La culture du bacille d'Eberth était agglutinée par le sérum de ces derniers malades; la culture du coli-bacille restait inaltérée. E. de Massary.

1. *Soc. de biol.*, Juillet 1896.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

31 Juillet 1896.

(*Suite.*)

Considération sur la forme et les moyens de fixité du côlon transverse. — MM. Mauclaire et Mouchet. Une statistique de cent observations de côlons transverses, prises sur le cadavre en dehors de tout état pathologique, nous permet de présenter les conclusions suivantes :

L'angle droit du côlon ne nous a paru jamais très fixe; et, bien que son siège ne varie que dans des limites assez restreintes, cet angle est peu maintenu par les replis péritonéaux (ligaments cystico-colique, hépato-colique, gastro-colique) qui l'entourent, son abaissement dépend de l'abaissement du foie.

Le côlon transverse nous a paru présenter une grande variabilité dans sa situation et sa direction. Exceptionnellement horizontal dans toute son étendue (2 fois sur 100 cas), il nous a paru situé plus bas que ne l'indiquent jusqu'ici la majorité des auteurs classiques. Il résulte de nos observations que les deux tiers des côlons transverses sont situés au niveau (26 pour 100) ou au-dessous (34 pour 100) de l'ombilic. De plus, nos recherches ayant porté sur un nombre à peu près égal d'hommes et de femmes, nous avons noté deux fois plus de femm
d'hommes ayant le colon transverse au dessous d
bilic. Ce fait corrobore les observations des cli
qui avaient signalé depuis longtemps la plus gra
quence des ptoses viscérales chez la femme.

Nous croyons qu'il est nécessaire de décrire av
mont (de Lille), Jonnesco, deux portions bien di
au côlon transverse, une *portion droite* et une
gauche; elles diffèrent par leur direction et leu
ports.

La portion droite, appelée anse transverse v
Fromont, mériterait surtout le nom d'*anse sinue*
nous l'avons presque toujours vue, sauf dans 15
100, ce qui est peu, présenter des sinuosités
la direction générale, au contraire, est loin d'êt
tamment transversale.

Cette portion droite reste sous le foie, au deva
portion descendante du duodénum, généralemen
mobile que la portion gauche et moins bas situ
ses déplacements. Nous l'avons vue, dans un c
curieux, *remonter entre le foie et le diaphragme*, j
ligament coronaire à droite du ligament susp
formant là une longue anse, à branches parallèl
était difficile de dégager. Dans un autre cas, où
colique droit était abaissé, la portion droite d
était située *au devant de la vessie*. En général, c
ligne verticale passant par le pylore qui forme l
gauche de cette 2e portion du colon, mais cett
n'est pas invariable et n'est point constituée, co
pense Glénard, par un *ligament pyloro-colique* do
n'avons pu reconnaître l'existence distincte, ir
dante de celle du grand épiploon.

La continuité de la portion droite du côlon tra
avec la portion gauche se fait sans diminu
calibres mais, soit insensiblement par une ans
cavité supérieure, ce qui est le cas le plus fréqu
par un changement de direction plus ou moins
qui fournit des dessins en V, en U, dans une pr
de 10 cas pour 100, exceptionnellement en M r
En tous cas, la portion gauche du côlon transv
exceptionnellement sinueuse, 6 fois sur 100,
généralement rectiligne, parallèle à la grande c
de l'estomac et située sur un plan postérieur
quelquefois sur un plan antérieur; d'où le nom
gastro-colique qu'on lui a donnée. Sa direction g
est oblique en haut et à gauche, et cela, quelle
la situation de la portion droite, à cause de la
l'angle colique gauche.

La portion gauche du côlon transverse reste
par le ligament gastro-colique à la grande cour
l'estomac et ne se déplace guère qu'avec cet
Nous n'avons jamais constaté nettement « *l*
colique » que Glénard dit si fréquente, et qu
formée par le côlon contracté, réduit au diam
pouce, entre la portion pylorique et l'angle
gauche. Mais nous avons vu, dans plusieurs ca
portion du côlon descendre très bas, jusqu'au
du pubis ou de la ligne innominée gauche et r
ensuite verticalement au devant du côlon des
qu'elle recouvrait, de telle sorte que, dans l'établi
d'un anus iliaque, le chirurgien aurait pu at
côlon transverse. L'erreur a déjà été commise.

L'*angle gauche* du côlon est plus prononcé q
de droite, généralement aigu; il a une situati
fixe, maintenu qu'il est solidement par le li
phrénico-colique. Adenot (de Lyon) a bien
l'importance de cette fixité dans la pathogén
certain nombre d'occlusions intestinales post opé
qui semblent dues à l'imperméabilité physiolog
cet angle. Il résulte de nos recherches que ce
répond, dans le plus grand nombre des cas, à
interne de la 9e côte, sur une ligne axillaire; et
à la 11e côte et à la 8e. De telle sorte que l'angle
est plus élevé que le droit, situé au niveau de l'ex
supérieure et non inférieure du sein correspon
que, schématiquement, la direction générale d
transverse est oblique de droite à gauche et lég
de bas en haut, avec une moitié droite sinueuse
moitié gauche presque rectiligne, se continuan
avec l'autre, par un angle variable.

Nous rappellerons, en terminant, les tentative
par quelques chirurgiens pour remédier aux pt
côlon transverse, en cherchant à fixer à la par
minale antérieure les angles droit et gauche
droit au niveau du bord antérieur du foie,
gauche, d'une façon analogue, au niveau d'une d
delettes longitudinales.

Lambotte (de Bruxelles) a communiqué, en Janvi
un cas suivi de succès au bout de plusieurs mo
Société belge de chirurgie.

Peut-être pourrait-on essayer de fixer l'angle
au niveau de la face interne de la 9e côte, pou
occupe davantage sa situation physiologique. I
comme entre ses deux angles, surtout dans sa
gauche, le côlon transverse subit, dans les cas de
des abaissements considérables, certainement n
à la circulation des matières, nous croyons qu'i
logique de fixer, à la paroi abdominale, la
moyenne du côlon transverse; comme on a te
fixer la petite courbure de l'estomac dans les
ptose exagérée de cet organe [1]. R. M.

1. Duret. — *Revue de chirurgie*, 1896.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

us sommes restés assez longtemps sans parler des tés allemandes. C'est que les deux Congrès, dont avons analysé en détail les travaux, il y a à peine maines, ont épuisé presque complètement ces cas ssants, la matière « discutable ». Ces derniers e jours, on a fait, à Berlin, plusieurs communications ssantes. Nous allons les passer rapidement en .

a eu notamment, à la *Société de médecine interne erlin*, une longue discussion sur l'**étiologie de la ingite cérébro-spinale épidémique**. Elle a été essante en ce sens que, d'après les observations qui été citées, ce ne serait plus le pneumocoque de kel qui serait l'agent spécifique de cette méningite, bel et bien le méningocoque intracellulaire de hselbaum. **M. Heubner**, notamment, a cité plu- cas de méningite cérébro-spinale où le liquide par la ponction lombaire renfermait des méningo- es, retrouvés, du reste, plus tard, dans le pus qui ivrait les méninges. D'où la conclusion de la spé- té du méningocoque intracellulaire. De même, **Ruge**, **A. Fraenkel**, **Fuerbringer** ont cité chacun des ù, d'après l'examen bactériologique du liquide cére- pinal et des viscères, on pouvait et on devait incri- r, non plus le pneumocoque de Fraenkel, mais le ngocoque de Weichselbaum. **M. Leyden**, qui a evé à lui seul quatre cas de méningite cérébro- le à méningocoques, a attiré l'attention sur les ca- res différentiels du gonocoque et du méningocoque, nt entre eux un grand nombre de points de res- lance. Comme signes distinctifs propres au ménin- que, il a cité la grande facilité avec laquelle il se lore par le Gram, la présence d'une capsule, la dis- ion en tétrades avec existence d'un filament central dans la forme en série, la possibilité de culture sur ux ordinaires, et enfin, les propriétés pathogènes les animaux.

me permets d'attirer, à cette occasion, l'attention lecteurs sur un travail de **M. Kiefer**, dont ils trou- nt l'analyse dans le corps du journal. Je me con- rai de dire ici que M. Kiefer, après une **étude com- ative du gonocoque et du méningocoque**, n'a vé entre eux que les caractères distinctifs suivants : méningocoque se présente sur les préparations avec dimensions variables : tantôt il est gros, tantôt il est ; les dimensions des gonocoques ne présentent pas variations; 2° sur les préparations, les méningo- es sont extrêmement nombreux et infiltrent les our 100 des leucocytes qui se trouvent dans le champ microscope; jamais fait pareil ne s'observe dans la orrhée la plus aiguë; 3° enfin, dernier caractère dis- if, le plus important en l'espèce, c'est que la mé- ocoque cultive fort bien sur les milieux ordinaires, 'agar glycériné. Et comme, pendant qu'il faisait ces erches, M. Kiefer a été pris d'une rhinite purulente éningocoques, il se demande si bon nombre de sup- tions des muqueuses, attribuées au gonocoque, ne pas en réalité produites par le méningocoque. C'est une revision complète de la gonococcie extra- tale que demande M. Kiefer. Le fait n'est pas banal. ne veux pas quitter le gonocoque avant d'avoir alé la communication de **M. Heller** sur la **conjonc- te gonococcique expérimentale chez les ani- ux**. On sait que, jusqu'à présent, les inoculations du ocoque à des animaux ont toujours échoué. M. Heller urné la difficulté en opérant sur des lapins nouveau- guidé par cette idée que la gonorrhée conjonctivale, observant guère que chez les enfants, il devait y r des différences entre la conjonctive d'un adulte et d'un nouveau-né. Il prit donc des lapins nouveau- leur ouvrit les paupières, et déposa sur la conjonc- quelques gouttes d'une culture pure de gonocoques. 45 lapins, il obtint ainsi des résultats positifs : fonctivite purulente avec pus contenant des gono- ues en abondance. La plupart des lapins guérirent ntanément. Quelques-uns gardèrent un trouble de la née. Chez 3, il y eut une suppuration foudroyante logue à celle qu'on observe chez les enfants nouveau- dans la conjonctivite blennorrhagique grave. Les nes résultats furent obtenus avec le pus d'une uré- te gonorrhéique, avec le pus d'une vulvo-vaginite de ne nature, avec le pus d'une conjonctivite purulente, contre, l'inoculation du microcoque pyogène ordi- re a constamment donné des résultats négatifs.

out cela semble donc bien démonstratif. Mais **M. Mar- ff**, qui a eu la curiosité d'examiner les préparations M. Heller, doute fort qu'il s'agisse réellement de gono- ues : chez l'homme, le gonocoque est toujours intra- ulaire; or, ce caractère fait entièrement défaut dans préparations de M. Heller. La question demande donc tre reprise.

ne sais si je dois m'arrêter à la communication de **Finkelstein** sur l'agent pathogène de l'**entérite fol- ulaire des enfants**. On découvre tant de ces agents hogènes qui vivent ce que vivent les roses, que viment le scepticisme avec lequel on accueille chaque veau venu n'est pas déplacé. Nous dirons donc que, s les flocons purulents qui existent dans les selles enfants atteints d'entérite folliculaire, M. Finkelstein a trouvé un bacille auquel il a conféré la spécificité, peut être un peu trop facilement. Ce bacille ressemble beaucoup au colibacille, ce qui n'est pas de bon augure, mais il s'en distingue par les caractères suivants : il coagule le lait seulement au bout de vingt-quatre heures; il forme sur la pomme de terre un enduit blanchâtre, avec développement abondant de bulles d'air; il est petit et fixe, provoque, en injections sous-cutanées, des phlegmons et la septicémie chez les souris, la septicémie avec diarrhée chez les cobayes et les lapins; il est pyogène et forme des anneaux concentriques sur les milieux de culture; administré par la voie buccale ou stomacale, il provoque de la diarrhée avec lésions d'entérite; si, dans ces conditions, on ajoute encore aux aliments du verre pilé, il se produit des ulcérations. **M. Baginsky** a eu beau soutenir, d'accord en cela avec tout le monde, que tous ces caractères ne suffisent pas pour séparer ce bacille du colibacille dont la forme, les caractères biologiques et pathogènes sont si variables, mais M. Finkelstein n'a pas renoncé à son bacille et surtout à sa spécificité. Je crois que, sans se tromper, on peut soutenir que, dans huit jours, le bacille de M. Finkelstein aura vécu.

La communication de **M. Klemperer** sur **le traitement des concrétions rénales d'acide urique** est un bel exemple de thérapeutique spéculative. A en croire M. Klemperer, qui est pourtant un esprit clinique très judicieux, le problème est presque résolu, depuis que l'on sait que l'acide urique provient de la nucléine et non pas de la combustion incomplète des substances dont le dernier terme est l'urée. En vertu de ce fait, il n'est donc pas difficile de combattre la formation d'acide urique en donnant aux malades des aliments exempts, le plus possible, de nucléine.

C'est dans cet ordre d'idées que le lait et les œufs conviennent le mieux à ces malades; à côté, on peut placer les légumes verts, en dernier lieu, la viande qui renferme une quantité notable de nucléine. Le thymus en renferme le plus, le foie, les reins, le cerveau en contiennent un peu moins. Ces substances doivent donc être exclues du régime alimentaire de ces malades.

Pourtant, comme il y a de grandes différences individuelles, pour ce qui est de la production d'acide urique, M. Klemperer ne voudrait pas qu'on interdit systématiquement à tous ces malades l'usage des viandes ou des substances contenant de la nucléine. La caféine, la théine, la théobromine produisent aussi de l'acide urique, mais, en si petite quantité, qu'on peut en faire abstraction. Du reste, pour instituer le régime, on tiendra compte de l'acidité de l'urine, qui dépend du rapport des biphosphates avec les monophosphates. Plus une urine est acide, moins elle dissout d'acine urique, et inversement, moins elle est acide, plus elle est capable de dissoudre de l'acide urique. Le traitement médicamenteux peut aussi s'inspirer de cette donnée, et, d'après M. Klemperer, le bicarbonate de soude vaut autant, sinon mieux, que certaines substances préconisées ces temps derniers, et passant pour faciliter la dissolution de l'acide urique.

Il nous reste, avant de terminer, de citer quelques cas cliniques assez intéressants, qui ont été rapportés dans les Sociétés berlinoises. Le plus intéressant est celui qui a été relaté par **MM. Kaiserling** et **Leyden**, et qui a trait à un **cancer du médiastin**, ayant évolué comme un anévrysme de l'aorte.

Il s'agit d'un homme, entré à l'hôpital pour de violentes douleurs dans le thorax et la partie supérieure de la colonne vertébrale, douleurs qui se sont compliquées, au bout de quelque temps, de paraplégie avec incontinence d'urine et de matières fécales. L'examen du cœur montra une légère augmentation de la matité cardiaque, et fit percevoir, à l'auscultation, un souffle systolique très fort, et un léger bruit diastolique. Comme le malade était artério-scléreux et ancien rhumatisant, on diagnostiqua un anévrysme de l'aorte avec compression de la moelle par la tumeur, compression pouvant expliquer les phénomènes paralytiques. On a bien songé à un cancer de la colonne vertébrale, mais l'âge du malade fit écarter cette hypothèse.

L'autopsie montra l'existence d'un lympho-sarcome du médiastin qui avait envahi la deuxième vertèbre dorsale, et comprimé à ce niveau la moelle. Un noyau métastatique se trouvait dans la paroi ventriculaire, un autre dans le corps de la huitième vertèbre dorsale.

Un cas de **cancer de l'estomac**, **diagnostiqué** seulement **par les rayons X**, a été rapporté par **M. Strauss**. Dans ce cas où les symptômes cliniques, très complexes, pouvaient faire penser aussi bien à une tumeur de l'estomac qu'à une tumeur du médiastin, l'image de Rœntgen montra dans la cavité thoracique, à gauche de la ligne médiane, une ombre nettement limitée, des dimensions d'un poing, et, dans l'abdomen, à côté de l'ombre hépatique, une autre tache à bords très nets. Cette dernière était très probablement donnée par le cancer de l'estomac, et la tache de la cavité thoracique par un noyau métastatique.

ITALIE

A l'*Académie de médecine de Rome*, **Curatolo** et **Tarulli** ont fait une communication très importante **sur la sécrétion interne de l'ovaire**. D'après ces auteurs, la castration détermine une diminution des phosphates dans les urines, et la guérison de l'ostéomalacie, à la suite d'une ovariotomie, est due à l'influence que les glandes sexuelles exercent sur le système osseux. Ils insistent ensuite sur ce point, que l'ovaire est la cause déterminante du ramollissement des os. Etudiant l'influence de la castration sur les échanges organiques, ces auteurs ont donc pu expliquer un fait qui, jusque-là, n'était interprété qu'à l'aide d'hypothèses plus ou moins ingénieuses. Quant aux cas où la castration n'a pas été suivie de la guérison de l'ostéomalacie, ils ne sauraient infirmer leurs assertions : la simple observation des animaux castrés suffit pour démontrer l'influence qu'exercent les glandes sexuelles sur le squelette. Chez les chapons, par exemple, on note, avant même que l'engraissement commence, un notable accroissement du squelette. Le même fait s'observe chez les mammifères. Cette relation entre les glandes sexuelles et le squelette est, d'autre part, confirmée par un fait de pratique journalière, à savoir que les femmes stériles ont le squelette très développé.

Ils rappellent ensuite l'expérience exécutée par Marro, de Turin, sur ses deux filles. Cet auteur a pu constater, qu'au moment où la menstruation s'établit, c'est-à-dire au moment où les ovaires commencent à fonctionner, l'élimination des phosphates augmente dans les urines. Cette augmentation s'explique par ce fait, qu'avant la menstruation, ces sels étaient employés pour l'accroissement du squelette.

Les auteurs se croient donc en droit de conclure que les ovaires, ainsi que les autres glandes de l'économie animale, suivant la doctrine générale de Brown-Séquard, sont douées d'une espèce de sécrétion interne et qu'elles déversent constamment dans le sang une substance dont la constitution chimique est encore ignorée mais qui jouit de la propriété d'oxyder les composés organiques phosphatés : d'où il résulte que, lorsque les ovaires ont été enlevés par la castration, il y a retention de phosphates dans l'organisme, tout comme avant la puberté, époque de la vie où les ovaires ne fonctionnaient pas encore.

Pour expliquer cet autre fait, constaté depuis longtemps, que la castration a pour résultat de déterminer une accumulation considérable de graisse dans les tissus, les auteurs admettent que la substance sécrétée par les ovaires exerce également une action oxydante sur les hydrocarbures et les graisses.

De nombreuses expériences faites sur les animaux, dans le but d'étudier les phénomènes chimiques de la respiration après la castration, ont démontré une notable diminution dans l'élimination de l'acide carbonique et de l'eau, ce qui prouverait un ralentissement dans l'oxydation des hydrocarbures et des graisses.

Enfin, la théorie de la sécrétion interne de l'ovaire concorde parfaitement avec les faits connus, concernant la menstruation et la ménopause.

Arcangelli ne croit pas que l'ostéomalacie puisse être attribuée exclusivement à l'influence exercée sur l'économie par les ovaires. A part ce fait, important cependant, que l'ostéomalacie existe dans certain pays à l'état endémique, l'auteur insiste sur l'existence de l'ostéomalacie chez des sujets où il est impossible de constater une lésion ovarienne. Quant au traitement, Arcangeli préconise l'usage du chloroforme, qui lui aurait donné de bons résultats.

RUSSIE

A la *Société d'obstétrique et de gynécologie de Saint-Pétersbourg*, **Bekman** a montré une **femme enceinte avec un utérus et un vagin double**, qu'il observe depuis le troisième mois de grossesse. Rien à signaler dans ses antécédents personnels si ce n'est qu'elle a été réglée à dix-sept ans. Actuellement la grossesse est à terme; le fond de l'utérus arrive au rebord costal droit; toute la partie supérieure de l'organe se trouve exclusivement dans la région droite de l'abdomen. Du côté gauche, environ à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, on trouve une saillie dure, qui n'est autre chose que le fond et le corps de l'autre moitié de l'utérus. Cette moitié est d'une consistance bien plus ferme que l'autre, et en est séparée par un sillon très net. Les deux portions se contractent parfaitement à la palpation. L'examen vaginal montre la présence d'une cloison, qui ne divise le vagin complètement que dans sa partie supérieure. Au toucher, on constate la présence de deux cols, qui se trouvent séparés par un intervalle de 1 cent. 1/2 environ. Cela permet d'affirmer qu'on se trouve en présence d'une segmentation complète des organes génitaux. Mais, quant à l'utérus, ce n'est qu'après l'accouchement qu'on pourra le prouver d'une façon certaine.

A la même Société, **Masourkewitsch** a rapporté un cas d'**opération césarienne**. Il s'agit d'une femme, âgée de vingt-neuf ans, multipare qui a eu quatre grossesses antérieures, toutes terminées par la naissance d'enfants morts. Bassin rétréci; promontoire placé plus bas qu'à l'état normal. Comme la malade voulait absolument avoir un enfant vivant, on décida de pratiquer l'opération césarienne qui fut faite tout à fait au début du travail, lors de l'apparition des premières douleurs. L'enfant pesait près de 3.000 grammes. Suites opératoires tout à fait bonnes. La malade se leva le 18e jour et le 29e elle put quitter l'hôpital.

L'Editeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — Imprimerie L. MARETHEUX, 1, rue Cassette.

CHLORAL BROMURÉ DUBOIS

Sirop prescrit à la dose de 3 à 6 cuillerées, selon l'âge, dans les 24 heures

MALADIES NERVEUSES, INSOMNIES, VERTIGES, ETC..., COQUELUCHE

Paris, 20, Place des Vosges ET TOUTES PHARMACIES.

LYSOL

ANTISEPTIQUE. — *Échantillon* franco à *MM. les Médecins qui en font la demande.*

22 et 24, PLACE VENDOME

LACTO-FER du Dr GISCARD

Marque de Fabrique déposée

C'est la préparation ferrugineuse par excellence. Elle ne fatigue pas l'estomac et ne constipe jamais. Employée avec le plus grand succès dans toutes les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang.

DOSE : 2 à 5 pilules par jour. — FLACON DE 100 PILULES : 3 FR.

VENTE EN GROS : CHASSEREAU-MENARD, Commissionnaire, 48, Faubg Poissonnière.

Farine lactée Nes

Cet aliment, dont la base est le bon lait, *est le meilleur pour* bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les adultes convalescents *ou* valétudinaires *constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*

A. CHRISTEN, 16. Rue du Parc-Royal, Paris, et DANS TOUTES LES *MM. les Docteurs sont priés de vouloir bien SPECIFIER le nom NESTLÉ sur leur*

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vit

de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER (1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULÉ; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP;) Indiqué dans: *NEURASTHÉNIE, PHOSP ALBUMINURIE. PHTISIE, ANÉ Maladies des ENFANTS, CONVALESCE*

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PA

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Ph

CRÉOSOTAL HEYDEN

Contenant **92 0/0** de Créosote de Hêtre pure et **8 0/0** d'Acide carboniqu

Seul moyen d'administrer la Créosote de Hêtre à hautes doses sans fatiguer l'estomac, 2 à 3 cuillerées à café par jour.

CACHET HF GARANTI

EXIGER LE CACHET DE GARANTIE " HEYDEN "

AVIS. — C'est la première et seule préparation qui ait été expérimentée dans les hôpitaux et qui ait donné des résul très satisfaisants pour la guérison de la **TUBERCULOSE.**

VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE, anct GILLIARD, P. MONNET et CARTIER, à LYON

Pour prix et littérature Demander le prospectus

KELENE

CHLORURE D'ÉTHYLE PUR

Application du Prof Dr C. REDARD

Breveté S. G. D. G.

ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES

NOURRICES

LES GALACTOGÈNES JOLIVET (SIROP, SEL ou VIN) augmentent la qualité et la quantité du lait des nourrices et constituent le meilleur tonique aussi bien pour la mère que pour l'enfant pendant l'allaitement. JOLIVET, 114, Fbg St-Honoré. Paris. Envoi (fco) d'un Sel contre 3f,50 flac. Sirop (fco gare 9f.

COTON IODÉ DU DOCTEUR MÉHU

Préparé par J. THOMAS, *Pharmacien de 1re classe*

ADOPTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

DÉPOT GÉNÉRAL : 48, Avenue d'Italie, PARIS

Airol

Marque "GRIFF

Antiseptique interne et externe

a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénient

L'AIROL n'est pas toxique et est inod

L'AIROL est un cicatrisant des plaie

L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.

L'AIROL est d'un emploi beaucoup m dispendieux que l'Iodoforme. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARM*

LE VÉRITABLE **THAPSIA**

doit porter les Signatures

Ch. Le Perdriel Reboulleau

Les exiger pour éviter les accidents reprochés aux imitations.

TOILE VÉSICANTE

LE PERDRIEL

Action Prompte et Certaine

EXIGER LA COULEUR ROUGE

La plus ancienne. — La seule admise dans les Hôpitaux civils.

LE PERDRIEL et Cie, Paris.

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.